

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE N° 1141

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves PÉRIGOIS

Né le 31 Août 1911 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord)

---

# LE CANCER DU LARYNX CHEZ LES JEUNES

---

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

---

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ  
11 et 13, Rue de l'École de Médecine  
PARIS

1939

1911

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

THE DOCTOR OF THE UNIVERSITY OF

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves PÉRIGOIS

Né le 31 Août 1911 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord)

---

# LE CANCER DU LARYNX CHEZ LES JEUNES

---

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

---

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—  
1939

I. -- PROFESSEURS

|                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                     | MM.               |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.           |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOUIN.         |
| Pathologie Médicale. ....                                           | ABRAMI.           |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | MONDOR.           |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER.          |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.            |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. ....                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | PIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.           |
|                                                                     | LOEPER.           |
| Clinique médicale .....                                             | CARNOT.           |
|                                                                     | CLERC.            |
|                                                                     | Marcel LABBE.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.      |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBECOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.         |
| Clinique chirurgicale .....                                         | CUNEO.            |
|                                                                     | GOSSET.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | GREGOIRE.         |
| Clinique urologique .....                                           | LENORMANT.        |
|                                                                     | TERRIEN.          |
| Clinique d'accouchements .....                                      | CHEVASSU.         |
|                                                                     | COUVELAIRE.       |
|                                                                     | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique .....                                        | LEVY-SOLAL.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | MOCQUOT.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | OMBREDANNE.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | RATHERY.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | LEMAITRE.         |
| Clinique propédeutique .....                                        | Pierre DUVAL.     |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | M. VILLARET.      |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte. ....                | BEZANÇON.         |
| Clinique cardiologie .....                                          | MATHIEU.          |
|                                                                     | LAUBRY.           |
| Clinique d'Assistance Médico-Sociale .....                          | Clovis VINCENT.   |
|                                                                     | N...              |
|                                                                     | HAZARD            |
|                                                                     | HOVELACQUE.       |
| Professeurs sans chaire .....                                       | OLIVIER.          |
|                                                                     | SANNIE.           |
|                                                                     | VERNE.            |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
BARIETY ..... Pathologie médicale.  
BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.  
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.  
J. BEZANÇON ..... Hydrologie.  
BOULIN ..... Pathologie médicale.  
BULLIARD ..... Histologie.  
CATHALA ..... Pathologie médicale.  
CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
COSTE ..... Pathologie médicale.  
DOGNON ..... Physique.  
FEY ..... Urologie.  
FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.  
GALLIARD ..... Parasitologie.  
GASTINEL ..... Bactériologie.  
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
DE GENNES ..... Pathologie médicale.  
GAYET ..... Physiologie.  
GIROUD ..... Histologie.  
HAGUENAU ..... Pathologie médicale.  
HALPHEN ..... Oto-rhino laryngologie.  
HAZARD ..... Pharmacologie.  
HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.  
JOANNON ..... Hygiène.

MM.

LACOMME ..... Obstétrique.  
LANTUEJOUL ..... Obstétrique.  
LAROCHE (Guy) .... Pathologie médicale.  
LAVIER ..... Parasitologie.  
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
LELONG ..... Pathologie médicale.  
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
Mlle J. LEVY ..... Pharmacologie.  
LEVY-VALENSI .... Neurologie et Psychiatrie.  
MENEGAUX ..... Pathologie chirurgicale.  
MOREAU ..... Pathologie médicale.  
MOLLARET ..... Pathologie médicale.  
MOULONGUET ..... Pathologie chirurgicale.  
MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.  
PIEDELIEVRE ..... Médecine légale.  
PORTES ..... Obstétrique.  
RENARD ..... Ophtalmologie.  
RICHET ..... Physiologie.  
SANNIE ..... Chimie biologique.  
SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
TROISIER ..... Pathologie expérimentale.  
TURPIN ..... Pathologie médicale.  
VIGNES ..... Obstétrique.  
WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
BUSQUET ..... Pharmacologie.  
CHAILLEY-BERT . Physiologie.  
GUENIOT ..... Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale  
LARDENNOIS .... Pathologie chirurgicale  
LE LORIER ..... Obstétrique.  
SCHWARTZ ..... Pathologie chirurgicale  
VANDESCAL ..... Obstétrique.

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.                                  |                        | MM.             |                        |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------------|
| ALAJOUANINE ...                      | Clinique médicale.     | BASSET .....    | Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN .....                       |                        | BROCQ .....     |                        |
| BRULE .....                          |                        | CADENAT .....   |                        |
| CHABROL .....                        |                        | GATELLIER ..... |                        |
| DONZELOT .....                       |                        | MOURE .....     |                        |
| DUVOIR .....                         |                        | QUENU .....     |                        |
| LIAN .....                           |                        | VELTER .....    |                        |
| PASTEUR - VALLE-<br>RY - RADOT ..... |                        |                 |                        |
| JEZARY .....                         |                        |                 |                        |
| MM.                                  |                        |                 |                        |
| ECALLE .....                         | Clinique obstétricale. |                 |                        |
| METZGER .....                        |                        |                 |                        |

#### V. — CHARGES DE COURS

MM.

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Eucation physique.   |
| LEDoux-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE .....            | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Qu'ils trouvent ici un faible témoi-  
gnage de mon affectueuse recon-  
naissance.*

A MON FRERE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de la Pitié

Professeur d'Histoire de la Médecine

et de la Chirurgie

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.  
Hommage de notre profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur F. LEMAITRE  
Membre de l'Académie de Médecine  
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique  
de la Faculté de Paris

*Qui nous a permis l'accès de son service dans lequel nous avons trouvé une documentation précieuse.*

*Qu'il daigne accepter l'expression de notre respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Docteur A. MOULONGUET

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut

*Dont nous fûmes l'externe pendant  
deux ans, qui nous a inspiré le su-  
jet de cette thèse et nous en a fourni  
les principaux matériaux.*

*Hommage de notre profonde recon-  
naissance et de notre dévouement  
pour sa bienveillante bonté.*

A Messieurs les Docteurs : LEMOYNE

Y. LEMAITRE

BOSC

A Monsieur le Docteur ARDOUIN

*Qui nous a guidé de ses conseils.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre  
gratitude.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur M.-P. WEIL

*Dont nous fûmes l'externe.*

A Monsieur le Professeur RATHERY

Professeur de Clinique médicale à la Faculté  
Membre de l'Académie de Médecine

*Dont nous fûmes l'externe.*

A MES CHEFS ET A MES AMIS  
DU SERVICE DE SANTE DE LA III<sup>e</sup> D. I.



## INTRODUCTION

---

Le cancer est une affection de l'âge mûr. Telle est la notion étiologique que l'on retrouve dans l'étude clinique des tumeurs malignes de tous les organes. Mais, si le cancer quel qu'il soit se rencontre rarement dans le jeune âge, sa localisation au larynx, chez l'enfant, est tout à fait exceptionnelle. Rare déjà chez l'adulte, puisqu'il ne représente qu'un pour cent de tous les cancers, le cancer du larynx constitue chez l'enfant une rareté clinique telle qu'on n'en retrouve, dans toute la littérature médicale, qu'une trentaine de cas bien authentifiés par la biopsie.

En raison de ce caractère exceptionnel et de l'intérêt qu'il comporte, intérêt tiré de sa gravité, des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'il pose, il nous a paru intéressant de rapporter un cas

inédit et indéniable de cancer du larynx chez l'enfant. A la faveur de ce cas et de quelques autres déjà publiés, mais qui nous ont paru plus particulièrement intéressants, nous essayerons de dégager les principaux caractères cliniques et évolutifs du cancer du larynx chez l'enfant.

Nous étudierons donc des observations assez différentes; nous verrons qu'elles correspondent aux deux aspects cliniques que revêt le cancer du larynx chez l'enfant, suivant que celui-ci se développe primitivement, en tant que cancer, ou bien qu'il se greffe secondairement sur une lésion cancérigène préexistante. Dans tous les cas, on retrouve la même difficulté présentée par le diagnostic clinique qui doit nécessairement s'appuyer sur la biopsie et l'extrême degré de malignité de la tumeur. Nous verrons enfin que le cancer présente heureusement ce point commun avec celui de l'adulte : à savoir qu'il reste bien localisé, ne donne pour ainsi dire pas de métastases et qu'on doit donc lui appliquer, en raison de la rapidité de son évolution, un traitement précoce et approprié.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

Docteur *A. Moulonguet*, Hôpital Boucicaut

M. M. A..., 15 ans.

Il s'agit d'un garçon sans antécédents héréditaires ni personnels spéciaux, qui fut pris en avril 1936 d'enrouement. Ses amis parlèrent du trouble de la mue et l'on se contenta de faire quelques inhalations de fleur de sureau pendant un an.

En mars 1937, un médecin général consulté, fit faire des fumigations au benjoin et devant l'insuccès de cette thérapeutique, inquiet du fait que le malade présentait un peu de dyspnée, conseilla au malade d'aller consulter le Docteur Louis Leroux. Celui-ci vit ce jeune garçon en juillet 1937 et cons-

tata l'existence d'une tumeur de la base de l'épiglotte. empiétant sur la bande ventriculaire gauche et couvrant la corde vocale sous-jacente.

Le Docteur Louis Leroux pratiqua une biopsie dans des conditions difficiles sur le sujet indocile et l'examen histologique montra simplement du tissu conjonctif banal.

Le Docteur Leroux conseilla alors d'endormir l'enfant et d'enlever cette tumeur pour avoir un examen histologique plus précis. Le mot d'opération effraya les parents qui changèrent de médecin et l'amènèrent dans une clinique où l'on parla d'asthme.

Devant l'échec des thérapeutiques anti-asthmatiques, le jeune homme fut confié à une masseuse qui pratiqua un petit traitement électrique. Malgré quoi, l'« asthme » augmenta, rendant tout travail impossible et confinant le malade au lit.

Le samedi 29 janvier 1938, la dyspnée prit un tel caractère d'acuité que la famille s'inquiéta et me fit demander d'urgence.

Le sujet, pâle, les yeux cernés, était assis sur son lit en proie à un tirage intense; à chaque aspiration, le creux susclaviculaire se déprimait profondément. Le malade était très enroué, presque aphone, le pouls était à 120, la température à 37°.

J'essayai vainement de faire un examen radioscopique, celui-ci amenant un paroxysme de dyspnée paroxysmée. Transporté en clinique dans une voiture d'ambulance, le malade est trachéotomisé une heure après; les suites post-opératoires furent très simples.

Le 10 février, l'examen laryngoscopique montra l'existence d'une tumeur sessile de la base de l'épiglotte, tumeur couverte d'une muqueuse d'apparence normale, fortement vascularisée. La tumeur envahit la bande ventriculaire gauche, élargit le pilier aryépiglottique gauche, cachant entièrement les cordes vocales sous-jacentes. En bouchant la canule, l'air filtre à peine entre la masse tumorale et la bande ventriculaire droite. On remarque un léger gonflement de la faussette glosso-épiglottique du côté gauche; la masse tumorale est peu mobile et ne saigne pas au porte-coton. Sa consistance n'est pas très dure. Il n'existe aucune adénopathie cervicale.

L'examen pulmonaire est absolument négatif; la réaction de Wassermann est négative.

Le 20 février, après deux tentatives infructueuses, du fait de l'indocilité du sujet, on arrive à pratiquer une biopsie à la base de l'épiglotte. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'épithélioma malpighien atypique. Le soulèvement de la fossette glosso-

épiglottique contre-indiquant une laryngectomie totale, le malade est confié à un radio-thérapeute.

*Examen histologique d'un fragment de tumeur intra-laryngée :*

L'étude histologique des coupes du petit fragment — pratiquée par le Docteur R. Letulle — montre un épithélioma d'origine malpighienne, formé par des cellules pavimenteuses, le plus souvent atypiques. Ces cellules sont fortement chromatophiles, munies d'un noyau monstrueux ou en mitose anormale; elles constituent des végétations ou des sortes de cordons qui envahissent très souvent des cavités glandulaires tapissées par des cellules cylindriques élevées. Le stroma qui accompagne cet épithélioma n'est pas très abondant; il est fortement infiltré de leucocytes surtout mononuclées.

En résumé, épithélioma malpighien atypique, nous paraissant actif.

OBSERVATION N° II

Docteur A. Moulonguet  
Société des Hôpitaux. 1934

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, S. C..., qui est entrée à l'hôpital Boucicaud le 11 janvier 1934, pour aphonie et dyspnée.

*Début de la maladie :* Le début de la dysphonie remonte à l'année 1932. A cette époque, la malade commence à présenter une altération de la voix : rauçité de la voix et enrouement progressif.

Pendant la période de juin 1932 à janvier 1933, la malade est traitée au Havre où on lui enlève des polypes siégeant au niveau de la corde vocale droite, polypes qui récidivent constamment.

Six mois avant son entrée, elle commence à accuser une toux sèche avec sensation de chatouillement laryngé. En même temps apparaît pour la première fois de la dysphagie.

En février 1933, elle consulte à l'hôpital Saint-Antoine. Trois biopsies sont pratiquées et ces biopsies confirment le caractère néoplasique de la tumeur. A la suite de cet examen, la malade abandonne tout traitement et rentre chez elle où elle n'est plus soignée.

Le 11 janvier 1934, elle se décide à consulter à Boucicaut, où elle est admise. A ce moment elle accuse : une aphonie et une dyspnée marquée. Elle présente un gros tirage sous-sternal. On peut lui pratiquer un examen rapide qui montre la présence d'une masse occupant l'hémilarynx droit, masquant la corde vocale droite et paraissant absolument immobile pendant la respiration et la phonation. Par

moments on aperçoit la corde vocale gauche qui paraît être saine et mobile.

On pratique, étant donné la dyspnée, une trachéotomie basse d'urgence. Les jours suivants, la dyspnée se calme et après trois ou quatre jours, pendant lesquels la température se trouve au-dessus de 38°, la courbe thermique redescend entre 37 et 38°.

Le 24 janvier 1934, le Docteur Lemoyne, assistant du service, examine le larynx. Il note la présence d'une masse du volume d'une petite noix qui paraît siéger au niveau de la bande ventriculaire droite, englobant le repli arythéno-épiglottique, l'arythénoïde, la moitié droite de la base de l'épiglotte et infiltrant légèrement le replie pharyngo-épiglottique.

La masse est immobile dans les essais de phonation; elle est relativement lisse, très légèrement mamelonnée, sans bourgeons ni ulcération. On ne voit pas la corde ventriculaire qui est masquée par la masse qui surplombe le larynx.

La palpation ne révèle pas de ganglions.

On pratique la laryngectomie totale.

Bonnes suites opératoires et la malade sort de l'hôpital le 8 mars 1934.

Parmi les différents examens qui lui ont été pratiqués, pendant son séjour dans le service, noter :

une recherche de B. K. a été négative, l'inoculation a été également négative.

Au point de vue histologique : un ganglion extirpé au cours de l'intervention n'a montré aucune trace d'infiltration cancéreuse, mais la présence de nombreux follicules hypertrophiés. La capsule d'enveloppe du ganglion est épaissie et fibroïde.

Conclusion : guérison apparente.

### OBSERVATION N° III

Professeur *Lemaitre*, Docteurs *Aubin*, *Veyselle*

Annales d'Oto-Rino-Laryngologie. Janvier 1930

Une enfant de 8 ans et demi présentée, en décembre 1933, à l'occasion d'une rhino-pharyngite légère, une crise de dyspnée laryngée.

Le diagnostic de croup est alors porté, mais en raison de la persistance des accidents, on pratique un examen laryngé direct qui permet de rectifier le diagnostic clinique et de reconnaître la cause exacte de ce trouble : à savoir des papillomes. On décide d'instituer un traitement mixte : traitement chirurgical et radiothérapique.

Une première application de rayons X est faite en janvier 1933, à raison de 15 heures réparties sur 6 séances, cela après une ablation aussi complète que possible des papillomes; ablation qui est pratiquée à la pince sous laryngoscopie directe.

La récidive est rapide et nécessite de nouvelles ablations des papillomes. Chacune d'elle est suivie d'un traitement radiothérapique.

Ce traitement mixte dure trois ans. Jamais on ne constate, durant cette période, la disparition complète des papillomes dont la présence reste plus ou moins discrète.

Pendant cette longue période, la dysphonie est totale, sauf pendant les six premiers mois de 1926, où quelques sons sont émis de façon correcte. La dyspnée n'est jamais réparée.

La dose totale de rayons X reçus est de 60 heures à la date de fin 1926, cette dose ayant été donnée par fractionnement.

En août 1927 les papillomes deviennent très exubérants et provoquent une dyspnée continue. La trachéotomie est alors pratiquée et la sonde reste à demeure en raison de la reproduction rapide des papillomes dès leur ablation.

En avril 1928, la prolifération devient très exubérante, dépasse la couronne laryngée et sort par

l'orifice de trachéotomie. Les bourgeons ont changé d'aspect. Ils sont devenus plus durs, plus blanchâtres, à grains plus volumineux que ceux des papillomes ordinaires. Puis la région pharyngée devient rouge, œdémateuse et très dure. C'est une véritable gangue douloureuse qui rappelle, par son aspect et par sa consistance, un phlegmon ligneux.

Une biopsie des végétations laryngées et péri-cannulaires est pratiquée. Son interprétation est difficile à faire. Il faut faire de nombreux prélèvements avant d'avoir la certitude que l'on se trouve en présence d'un épithélioma.

En juin 1928, en raison de la réponse histologique et de la tendance à la suppuration, on décide de faire une thyrotomie.

Toute la cavité laryngée est comblée par des papillomes, et en pratiquant son nettoyage, on enlève tout le squelette cartilagineux qui est mou, sans résistance, ainsi que les deux premiers anneaux de la trachée et la base de l'épiglotte. Une laryngectomie totale se trouve ainsi réalisée entièrement à la curette et au ciseau.

La plaie est laissée ouverte. Mise en place d'une sonde nasale. A signaler l'absence d'adénopathie.

Les suites opératoires sont simples. La plaie bourgeonne bien et se ferme peu à peu sans qu'on constate de points suspects.

On décide au bout d'un mois, alors que la déglutition est redevenue normale, d'associer un traitement roetgenthérapique en raison de la rapidité d'évolution de ces cancers chez les jeunes.

Ce traitement est bien supporté.

En novembre 1928 on constate, à la partie supérieure de la cicatrice, un bourrelet en fer à cheval, dur, ulcéré, en partie constitué par l'épithélioma.

Devant l'échec de la radiothérapie, on pratique la radiumpuncture.

Le 7 novembre 1928, on place les aiguilles sous anesthésie locale.

Le 13 novembre 1928, ablation de ces aiguilles : la lésion a complètement disparu.

Pendant la fin de l'année 1928, l'état général et local sont bons. A signaler la persistance d'une petite fistule pharyngienne.

Aucune récurrence. La malade est revue chaque mois. En novembre 1929 : apparition d'une dysphagie. On constate sur les deux piliers droits et la base de l'épiglotte un bourgeonnement anormal. C'est alors que l'on pratique une nouvelle irradiation de roetgenthérapie, cette irradiation portant sur la région angulo-maxillaire, l'amygdale et la base de la langue.

En janvier 1930 on ne constate plus une trace clinique de cancer.

*Conclusion* : Il s'est agi de la greffe d'un épithélioma papillaire sur des papillomes laryngés.

La poursuite des lésions a déterminé une laryngectomie totale. On a assisté à une lente propagation de l'épithélioma papillaire et actuellement, il y a absence de récurrence in-situ depuis 18 mois, comme on l'observe fréquemment à la langue.

Le foyer reste cliniquement stérilisé.

#### OBSERVATION N° IV

Docteur *Aloin*. Société O. R. L., Lyon

10 octobre 1937

Intervention pratiquée le 1<sup>er</sup> décembre 1934 sur un jeune malade de 22 ans. Un fragment de la tumeur montre à l'examen histologique : un épithélioma spino-cellulaire à globe corné, très nettement caractérisé avec mitoses nombreuses, parfois atypiques — mitoses pluripolaires — avec des monstruosité cellulaires et nucléaires. Dans certaines parties de la coupe : début de dégénérescence maligne sous forme d'invagination profonde de l'épithélium mal-

pighien avec mitoses très abondantes mais sans atypies cellulaires ou nucléaires marquées.

Il existe dans ces deux fragments une infiltration lympho-plasmocytaire très dense par place, représentant sans doute une réaction du stroma à distance.

L'observation rapporte une infiltration du côté droit du larynx avec présence de masse papilloma-teuse présentant l'aspect blanchâtre des papillobes cornés.

En raison : 1° de l'âge;

2° de la mobilité relative du larynx, on ne pense pas à un néo.

Un mois après on pratique l'ablation par les voies naturelles et c'est sur un fragment paraissant suspect qu'on pratique l'examen microscopique.

A l'intervention (Hautant) : on pratique une thyrotomie, mais comme on tombe sur un larynx infantile et mou, on complète par une ablation sous-périchondrale de tout le côté atteint.

Pas de radiothérapie.

Bonnes suites opératoires : plus d'un an après, le 10 janvier 1936, état du larynx parfaitement satisfaisant.

OBSERVATION N° V

Docteur *Van Den Bosch C. R.*

Séance Soc. Franç. O. R. L., Paris

18-21 octobre 1936. 50. 2° partie, pp. 332-335

Une jeune fille de 16 ans se présente le 4 avril 1935 avec un enrouement insidieux datant d'un an.

L'examen à la laryngoscopie indirecte montre une infiltration gris-blanchâtre de toute la partie moyenne de la corde ventriculaire gauche. On constate que cette corde vocale gauche est boudinée, augmentée de volume, en fuseau. La muqueuse présente un aspect parcheminé et comme chagriné.

La partie postérieure semble libre, mais la commissure antérieure paraît envahie. La mobilité est parfaite.

Une première biopsie est pratiquée le 11 avril 1935. La réponse donnée est : épithélioma spino-cellulaire. Stroma dense mais peu abondant.

Une deuxième biopsie faite deux mois après, le 16 juin, donne une réponse identique à cela près que le stroma est inexistant.

M. le Docteur Ardouin, à qui les deux coupes histologiques sont communiquées, répond : Lésions inflammatoires hyperplasiques. Les deux fragments

examinés ne comportent absolument rien de suspect au point de vue malignité. Les deux coupes présentent par contre des particularités intéressantes : dans un épiderme épaissi on constate la présence d'assez nombreuses cellules dyskératosiques, remarquables par la déformation de leurs noyaux : noyaux multiples, géants, difformes, monstrueux.

D'autre part, on peut observer des phénomènes d'anomalie de kératinisation dans un certain nombre de cellules isolées de leurs congénères : disparition des filaments d'union, cellules chargées de grains de kératohyaline ou ayant subi une kératinisation en bloc aboutissant à de véritables « grains ».

En résumé, déclare le Docteur Ardouin, il est vraisemblable d'envisager un diagnostic de maladie de Bowen des muqueuses.

La jeune fille refuse l'intervention.

Deux mois plus tard, elle est en état de cachexie dyspnéïque avec des adénopathies cervicales fistulisées et de fortes douleurs.

Le Docteur Van Den Bosch rappelle — Index analyticus cancerolog. Tome XII, numéro du 3 septembre 1938, p. 388 — que la maladie de Bowen ne conduit en général au cancer qu'après un temps fort long.

## HISTORIQUE

---

L'histoire du cancer du larynx chez l'enfant est de daté récente. C'est Gürlt, en 1880, qui rapporte la première observation de cancer du larynx chez un enfant de 10 ans. Mais ce cas, ainsi que ceux de Butlin et de Georges, publiés dans les années qui suivent, est actuellement contesté pour insuffisance de garanties anatomo-pathologiques.

Quoi qu'il en soit, toutes les statistiques s'accordent pour montrer la rareté du cancer du larynx chez les jeunes. Dans leur publication parue en janvier 1933, les Professeurs Portmann et Philipp nous donnent le compte exact des cas qui ont été authentifiés par la biopsie. Ils arrivent au chiffre de 21 cas, après avoir éliminé les observations sujettes à caution, observations anciennes pour la plupart. Ils rapportent, outre deux observations personnelles,

celles particulièrement intéressantes de : Tolpe, en 1920, concernant un enfant de 9 ans.

de Brémont et Bonnet, en 1928, relative à une fillette de 14 ans.

Enfin, celle des Professeurs Lemaitre, Aubin et Veyselle, que nous avons nous-même rapporté dans cette thèse.

Depuis 1933, les observations se font un peu plus nombreuses :

En février 1934, Jean Wiener communique à la Société belge d'O.-R.L., un épithélioma du larynx, découverte nécropsique chez une jeune fille de 19 ans, pour laquelle on avait posé le diagnostic de phlegmon de la loge thyroïdienne. A signaler que la malade était en outre porteuse d'un hypernéphrome.

Le Docteur Moulonguet présente, en 1934, à la Société des Hôpitaux, le cas d'une jeune fille de 22 ans — cas que nous reproduisons ci-dessus — de néo du larynx guéri après laryngectomie totale.

En octobre 1935, le Professeur Van Den Wildenberg, publie dans le *Scalpel* — Journal belge des Sciences médicales, numéro du 19 octobre 1935 — un article ayant pour titre : « Cancers laryngiens chez les jeunes et chez les vieillards ». En exami-

nant les statistiques ayant trait aux anciens cas, il cite les observations de Marchik, se rapportant :

- l'une à une jeune fille de 16 ans,
- l'autre à un garçon de 24 ans.

Et celles de Koschier, qui concernent une fillette de 14 ans et un homme de 24 ans.

Enfin, il rapporte un cas de Lionel Colledge et Roydon Peacock : un sarcome du larynx chez un malade de 22 ans, pour lequel on n'a fait qu'une laryngofissure exploratrice.

Parmi les cas récents, on retrouve :

L'observation de Droesbecque :

Un enfant de 18 ans présentant un petit cancer de la corde vocale gauche, guérit par l'excision après laryngofissure sans radiation.

Enfin, il faut citer quatre cas personnels du Professeur Van Den Wildenberg :

Celui d'un homme âgé de 28 ans, opéré en 1929, pour laryngofissure très étendue avec arythénoïdectomie droite qui fut présenté en parfaite santé six ans après l'intervention.

Une jeune femme de 30 ans, atteinte d'un cancer endolaryngé diffus récidivé après laryngectomie totale suivie d'irradiation. La survie a été de un an.

Ensuite, une femme de 26 ans, cas identique au précédent, morte de récidence sept mois après la même intervention.

Enfin un cas particulièrement intéressant : celui d'un jeune garçon de 15 ans, qui présentait au niveau de la partie antérieure des deux cordes vocales inférieures, un épithélioma spinocellulaire confirmé par le microscope et présentant une récidence cinq mois après l'intervention qui fut pratiquée; à savoir: une résection sous-périostée large des parties molles.

En plus des cas que nous venons de citer, on retrouve quelques publications isolées de cancers laryngiens chez les jeunes :

Le Docteur Van den Bosch, en octobre 1936, publie le cas de maladie de Bowen des muqueuses, que nous avons rapporté ici et au sujet duquel le diagnostic est difficile à poser. Nous avons vu la gravité, son évolution et son extraordinaire rapidité en rapport avec le jeune âge de la malade.

En janvier 1937, le Docteur Aloin a présenté à la Société d'O.-R.-L. de Lyon, un épithélioma spinocellulaire du larynx chez un jeune homme de 22 ans, qui fut pris au début pour des papillomes cornés : « Aspect blanchâtre des masses papillomateuses qui siégeaient au niveau de l'hémilarynx

droit, dit l'observation, on ne pense pas à un néo en raison de l'âge du malade et de la mobilité relative du malade. »

Le néo fut découvert par l'examen histologique sur un fragment suspect après leur ablation.

Bonnes suites opératoires plus d'un an après.

Enfin, le Docteur Van Iterson, en janvier 1938, présente un cas d'épithélioma du larynx chez une fillette de 13 ans.

En résumé, si l'on ajoute aux 21 cas réunis par MM. Portmann et Philip, les 15 cas ci-dessus et le cas inédit du Docteur Moulonguet, que nous avons rapporté dans cette thèse, nous voyons que nous arrivons au chiffre de 37 cas connus de cancer du larynx chez les jeunes. Ce chiffre nouveau et assez important de 15 cas en six ans, contraste singulièrement avec le chiffre de 21 observations qui s'échelonnaient sur une période de trente-six ans.

Il y a là une progression d'autant plus remarquable que, dans le chiffre présent de 21 cas, on trouvait également deux périodes d'inégales proportions : l'une allant de 1895 à 1925, où l'on compte seulement 10 observations.

L'autre, plus brève, de 1925 à 1929, au cours de laquelle les observations perdaient leur caractère, exceptionnel. Les auteurs se demandaient si l'on

devait incriminer une fréquence croissante du cancer ou si l'on devait seulement ce chiffre plus élevé à une précision histologique plus grande.

Les chiffres que nous rapportons ici laissent penser peut-être maintenant que les examens histologiques sont pratiqués systématiquement à une fréquence accrue des cancers, surtout chez les jeunes.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

### I. — *Caractères macroscopiques.*

#### a) *Siège.*

De même que chez l'adulte, on distingue suivant leur localisation : les cancers intra-laryngés ou intrinsèques et les cancers marginaux ou extrinsèques.

C'est le cancer intra-laryngé qui est de beaucoup le plus fréquent chez les jeunes, et bien qu'elle puisse s'observer d'emblée, en général la tumeur ne devient marginale que par propagation de proche en proche.

C'est avant tout un néo glottique, siégeant au niveau des cordes vocales inférieures, plus fréquemment, semble-t-il, à la partie postérieure de celles-ci, à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur.

Enfin, s'il se voit parfois au niveau des bandes ventriculaires, on l'observe beaucoup plus rarement aux replis arythéno-épiglottiques ou à l'épiglotte; exceptionnellement il est sous-glottique.

b) *Aspect. Début.*

On retrouve ici, comme à l'étude anatomique de tous les cancers, les aspects : tumoraux, ulcéreux et végétants. Nous verrons cependant que les formes végétantes revêtent ici un caractère et une signification différents dus au terrain sur lequel elles évoluent. Il faut également dire dès à présent que les aspects macroscopiques évoluent très rapidement tant est rapide la marche et l'extension de ces cancers.

1. *Forme tumorale.* — Très souvent la première en date, elle se présente sous la forme d'une tuméfaction de dimensions variables, arrondie ou ovale, plus ou moins régulière, mais bien limitée et recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, ou légèrement rosé.

2. *La forme ulcéreuse* fait suite normalement à la précédente, bien qu'elle puisse se manifester d'emblée. Elle présente les caractères habituels d'une ulcération cancéreuse aux bords infiltrés, au fond irrégulier et sanieux.

3. *Quant aux formes végétantes*, elles représentent une forme particulière de cancers qui ne sont pas rares chez le jeune et qui consistent dans la transformation néoplasique des tumeurs bénignes, plus particulièrement des papillomes cornés. Si on ne peut pas anatomiquement classer les laryngites papillomateuses dans cette catégorie de tumeurs malignes, la cancérisation secondaire de celles-ci se fait d'une façon tellement insidieuse, qu'on ne peut pas cliniquement apprécier le moment du passage. Ce n'est qu'au moyen de prélèvements biopsiques répétés et souvent difficiles à interpréter au microscope qu'on découvre cette transformation, alors que la laryngoscopie fait toujours le diagnostic de papillomes. Pas de différence dans leur aspect : se présentent sous la forme de masses végétantes, irrégulières, de couleur blanchâtre, le plus souvent nombreuses et envahissantes, parfois de dimensions plus limitées : muriformes.

Nous ferons une place à part au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, à une forme tout à fait particulière, se rapprochant au point de vue pathogénique de la précédente, en ce sens qu'elle entre également dans la catégorie des hyperplasies précancéreuses qui se transforment secondairement.

Il s'agit de la maladie de Bowen des muqueuses.

L'auteur avait étudié la cancérisation d'une dermatose précancéreuse, sorte de dyskératose lenticulaire à laquelle il avait attaché son nom. Dans sa thèse — 1924 — Richon a décrit des cas de maladie de Bowen à localisation exclusivement muqueuse, qu'il a fait rentrer au même titre dans les dyskératoses précancéreuses. Il s'agit d'affection siégeant plus particulièrement au niveau des muqueuses génitales caractérisées par l'existence d'un placard rouge, prurigineux, induré ou non, dont nous verrons les caractères histologiques.

Son évolution progressive, décelable aux examens histologiques répétés, se fait vers la transformation maligne.

L'observation N° IV, déjà publiée par le Docteur Van den Bosch, et dont le Docteur Ardouin pratiqua les examens histologiques, montre qu'il existe au niveau de la muqueuse laryngée des cas de maladie de Bowen dont l'évolution est la même qu'au niveau des muqueuses génitales.

#### *Evolution anatomique.*

La laryngoscopie permet de suivre l'extension des dimensions de la tumeur qui se fait d'une façon extraordinairement rapide. C'est là un caractère ca-

pital de l'évolution de ces cancers. Très rapidement on note : soit une ulcération de la tumeur, soit une infiltration des parties adjacentes du larynx : prise de l'arythénoïde correspondant, infiltration d'une commissure ou de la bande ventriculaire. Il s'en suit un rétrécissement parfois considérable de la lumière glottique qui se fait à la fois par l'obstacle mécanique que sont les bourgeons cancéreux, par le spasme ou la paralysie en adduction de la corde. D'où des signes fonctionnels en rapport.

Puis, dépassant les limites cartilagineuses du larynx, le néo peut envahir les espaces péri-laryngés, on note alors souvent la production d'abcès d'infection secondaire.

Il est rare de voir survenir des métastases.

### *Adénopathies.*

Elles sont absentes et n'apparaissent que tardivement à la période d'envahissement du néo. Il faut les distinguer des adénopathies surajoutées d'infection secondaire en cas de formations d'abcès. Ce sont alors des ganglions cervicaux qui possèdent les caractères cliniques des ganglions inflammatoires.

*Caractères histologiques.*

Les cancers du larynx chez le jeune réalisent en général comme chez l'adulte des « épithéliomas » pavimenteux à globes cornés.

Deux caractères particuliers à noter en rapport avec le degré de malignité de ces tumeurs :

— Une activité cellulaire intense se traduisant par des mitoses nombreuses, multipolaires, des monstruosité cellulaires : nombreux noyaux, grande anarchie cellulaire.

— Peu de réaction du tissu de soutien : un stroma peu développé n'opposant qu'une barrière fragile à l'envahissement tumoral qui s'effectue d'ailleurs sous la forme de travées épithéliales plongeant profondément dans le tissu conjonctif.

Plus rarement ce sont des sarcomes.

Quant aux transformations malignes des hyperplasies précancéreuses, elles sont très progressives et décelables seulement après examens histologiques répétés. Primitivement, la maladie de Bowen des muqueuses est caractérisée par un épaississement de l'épiderme avec transition nette entre l'épiderme sain et altéré. Celui-ci montre une muqueuse partiellement cutinisée. Le corps muqueux

présente une hyperplasie papillomateuse. A signaler une infiltration inflammatoire sous-jacente.

Puis l'évolution maligne apparaît en montrant par endroits la tendance à la kératinisation à englober plusieurs groupes cellulaires et à constituer des globes épidermiques.

En résumé, on voit l'importance diagnostique et même pronostique que présente une biopsie de toute tumeur suspecte chez le jeune, sans laquelle on ne peut faire un diagnostic devant lequel on recule étant donné l'âge du sujet.



## ETIOLOGIE

---

Etudier l'étiologie des tumeurs malignes du larynx c'est aborder le grand problème du cancer en général au sujet duquel on a invoqué, à tort ou à raison, tant de causes favorisantes ou même déterminantes.

### *Les causes :*

Etant donné que nous nous limitons ici au cancer chez les jeunes, on peut écarter d'emblée le rôle des intoxications exogènes : tabagisme, alcoolisme au compte duquel on inscrit tant de néo du larynx chez l'adulte.

De même il ne semble pas que la proportion d'hérédosyphilitiques ou de bacillaires dépasse notablement la proportion courante.

Il me semble donc qu'on puisse écarter le rôle prédisposant des grandes affections chroniques dans l'étiologie du cancer du larynx chez le jeune. Cependant, certains auteurs ont voulu retrouver ici le rôle cancérigène des poussées inflammatoires répétées et du traumatisme que représente le surmenage vocal pour un larynx sensible. C'est ainsi que l'on a retrouvé chez plusieurs malades des antécédents de poussées de laryngite catarrhale fréquentes qui, d'après Chevalier-Jackson, prédisposeraient aux papillomes et ceux-ci au cancer. Mais ceci est loin d'être absolu et dans bon nombre des cas le néo. est apparu de façon primitive sans épisode laryngé antérieur.

#### *Le sexe :*

Contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, où la fréquence du cancer du larynx est, chez l'homme 6 à 7 fois plus grande que chez la femme, les enfants des deux sexes paraissent également frappés.

Le Professeur Van den Wildenberg écrit que : « Le néo. chez les jeunes est même plus fréquent chez les femmes que chez les garçons d'après plusieurs auteurs »; donc l'inverse de ce qu'on constate à un âge plus avancé.

*L'hérédité :*

Semble jouer ici un certain rôle bien que nous sachions qu'on doit éviter de tirer dans ce sens des déductions trop hâtives. Portmann et Philippe retrouvent deux cas dont l'un mérite d'être cité.

Le cas de Saaresté : la mère de la petite malade fut opérée de cancer du sein six ans avant l'apparition de cancer du larynx chez l'enfant.

Enfin on retrouve dans un cas du Professeur Van den Wildenberg, un petit malade de 15 ans dont un parent est décédé des suites d'un cancer laryngo-pharyngé.

On voit donc que, comme souvent, l'étiologie de ce cancer ne peut fournir que des indications sommaires basées sur la loi de fréquence.



## SYMPTOMES

---

Le cancer du larynx chez le jeune se présente au point de vue clinique schématiquement sous deux aspects :

— Dans un premier cas c'est un néo-primitif qui apparaît d'emblée comme premier épisode laryngé chez un sujet exempt jusque-là d'atteinte de cet organe.

— Dans un deuxième cas, il s'agit d'une transformation néoplasique secondaire d'une lésion laryngée chronique.

Donc deux aspects principaux mais comportant chacun, surtout dans le second cas, de nombreuses variations individuelles.

### *Le néo-primitif.*

Il se caractérise par son début insidieux et son évolution très rapide.

*Signes de début.* — Ce sont les signes fonctionnels qui attirent d'abord l'attention :

*La dysphonie* est la première en date. C'est un enrrouement banal mais progressif, rapidement important : la voix se modifie, son timbre devient rauque et ligneux.

Bien qu'elle ait pu paraître présenter quelques brèves périodes de rémission, l'allure générale de cette dysphonie, quelles que soient même les poussées régressives qu'elle ait pu présenter, montre une tendance à un accroissement constant.

*La toux* apparaît par quintes, c'est une toux sèche, une toux d'irritation.

La dysphagie enfin est un signe négatif important ; lorsqu'elle existe, elle apparaît à une période beaucoup plus tardive et indique déjà un envahissement important.

On voit donc que ces signes de début, énoncés dans leur ordre d'importance, n'ont absolument rien de caractéristique. L'état général n'est pas modifié, aussi reste-t-on trop souvent sans défiance ; l'examen clinique n'est souvent demandé d'ailleurs qu'à une période plus tardive. On voit donc, étant donné ce que l'on sait déjà de l'évolution de ces cancers, la difficulté et la nécessité d'un dépistage au début.

Très rapidement, d'ailleurs, un signe fonctionnel capital par son importance et sa signification vient compléter le tableau clinique du début et marque l'entrée dans :

*La période d'état* : c'est « la dyspnée ». C'est elle qui inquiète l'entourage et qui fait soupçonner le néo. D'abord se manifestant sous la forme d'un simple essoufflement : dyspnée d'effort, elle devient vite permanente : dyspnée angoissante, progressive, bruyante, s'accompagnant très vite de crises de suffocations paroxystiques, crises dramatiques qui nécessitent bien souvent la trachéotomie d'urgence.

A savoir que la dyspnée peut être le premier signe qui apparaît, avant même la dysphonie; le diagnostic de croup ou de laryngite striduleuse est souvent posé.

La progression rapide des signes fonctionnels montre déjà, par elle-même, la rapidité d'évolution de ces cancers. On a expliqué la dyspnée disproportionnée avec le rétrécissement peu marqué de la lumière du larynx de la façon suivante : l'adaptation fonctionnelle du malade ne peut suivre ici le rythme d'envahissement trop rapide de la tumeur.

*L'examen clinique* est souvent difficile; étant donné l'âge et l'indocilité fréquente du sujet, on

doit souvent avoir recours à la laryngoscopie directe qui montre : le type le plus fréquemment réalisé : le cancer de la corde vocale inférieure.

*Son siège* : à la partie postérieure ou médiane de la corde, rarement près de la commissure antérieure.

Situé sur le bord libre ou la face supérieure de celle-ci.

Plus rarement il est sus ou sous-glottique.

*Son aspect* : il se présente généralement sous la forme d'une petite tuméfaction sessile, verruqueuse, muriforme, de couleur grisâtre ou mieux rosée, s'implantant sur une base congestive.

Assez limitée à la période du début, elle peut présenter de bonne heure un aspect ulcéreux ou même encéphaloïde.

Enfin, parfois la corde vocale est augmentée de volume en masse, elle est rouge, infiltrée et boudinée.

*La mobilité* : est conservée, mais très vite la paralysie fixe l'hémilarynx correspondant. En deux mois environ la corde est paralysée en adduction, le larynx déjà infiltré est envahi.

Quoi qu'il en soit, la laryngoscopie, en fournissant ces renseignements cliniques, ne doit être que le premier temps de la *biopsie* qui doit être pratiqué d'emblée en plein tissu suspect et assez largement pour fournir des éléments valables de diagnostic.

*L'adénopathie* : fait généralement défaut, c'est là le seul élément relativement favorable dans un tableau clinique d'un pronostic très sombre.

Des ganglions ont été signalés : ils ont alors un caractère inflammatoire et sont surtout le fait d'une infection surajoutée.

Leur siège : on les trouve alors le long de la chaîne carotidienne.

*L'évolution* est alors très rapide : la corde vocale inférieure et la bande ventriculaire sont envahies par le même bloc cancéreux.

Parrallèlement on note une aggravation considérable des signes fonctionnels : la dyspnée qui, par son intensité effrayante et les dangers auxquels elle expose, entre déjà parmi les complications.

Si tel est l'aspect clinique du néo-primitif, celui-ci n'est pas le plus fréquemment rencontré.

Le professeur Van den Wildenberg écrit :  
« Comme certains auteurs le signalent, chez la plupart de mes opérés il y avait eu certains états pathologiques laryngiens antérieurs qui avaient totalement masqué le diagnostic. »

Nous avons vu en effet, quel pouvait être, au point de vue étiologique, le rôle favorisant des affections chroniques cancérigènes comme une simple laryngite catarrhale, la laryngite papillomateuse, la maladie de Bowen.

Le tableau clinique est alors tout différent : deux stades dans la maladie :

— Le premier stade où un diagnostic de laryngite banale, semble s'imposer, apportant une fausse sécurité du fait de la bénignité apparente de l'affection.

— Et puis la transformation néoplasique insidieuse qu'on ne semble pas avoir à redouter chez un enfant et qui s'accomplit à bas-bruit, de façon remarquablement progressive sans qu'une modification bien sensible puisse la faire déceler cliniquement.

La biopsie seule, pratiquée dans le cas de dyskératose traînante, de laryngite papillomateuse récidivante peut donner une indication sur la marche de l'affection.

*Le début de ces néos d'apparition secondaire* est également marqué par :

*Des signes fonctionnels* : Une dysphonie d'apparition insidieuse et progressive est souvent le seul signe de début.

Parfois un peu de toux, de dysnée d'effort amenant à pratiquer la laryngoscopie chez cet enfant dont l'état général ne présente aucune altération.

*L'examen clinique* montre alors, au niveau d'une corde vocale, l'existence d'une infiltration avec présence :

— Soit de masses papillomateuses, friables, d'aspect blanchâtre, identique à des papillomes cornés.

— Soit d'une muqueuse congestive et chagrinée sur une corde augmentée de volume mais encore mobile.

Un traitement est parfois institué, mais le signe majeur, en l'absence d'une biopsie, qui doit mettre sur la voie d'une transformation néoplasique de cette laryngite banale est :

*La dyspnée* qui s'accroît, devient permanente puis paroxystique et donne de la vraisemblance à un diagnostic que l'on paraissait exclure étant donné son caractère exceptionnel.

A ce stade de transformation néoplasique, *l'évolution* rejoint celle du néo primitif. Suivant l'âge du sujet et par conséquent le degré de malignité de la tumeur, elle se fait, dans un délai variable mais toujours rapidement, vers l'extension de la tumeur, la paralysie laryngée et la sténose, évolution interrompue souvent du fait des complications.

## COMPLICATIONS

---

Des complications viennent encore hâter l'évolution de ces cancers. Elles surviennent indifféremment à n'importe quel moment de la maladie. Tantôt elles sont particulièrement précoces : surtout chez les très jeunes et l'on retrouve ici la notion de plus grande malignité chez l'enfant. Tantôt elles sont relativement tardives : c'est surtout le fait des cancers d'apparition secondaire; l'activité de l'organisation du stroma plus grande a pu opposer à la propagation néoplasique un processus de défense moins faible.

Ces complications sont schématiquement de deux ordres :

1° Elles ne sont que *l'exagération d'un symptôme* : l'asphyxie. Celle-ci peut survenir du fait d'une crise de dyspnée brutale, avant même qu'on

ait pu intervenir par une trachéotomie palliative; ou bien on assiste à un envahissement progressif du larynx par la masse tumorale qui détermine : des paralysies par infiltration d'un hémilarynx ou même atteinte du recurrent, des crises de dyspnée progressivement croissantes en fréquence et en gravité et qui emportent le malade.

2° Ce sont enfin des *complications infectieuses* :

a) *Localement*. — Ce sont des périchondrites qui s'annoncent :

— Par des douleurs : spontanées ou provoquées par la pression des cartilages cricoïdes.

— Par la fièvre.

— Une tuméfaction et une rougeur locale aboutissant souvent à un phlegmon ligneux du cou.

— Une adénopathie de la chaîne jugulaire : ganglions d'apparition rapide, empâtés, douloureux, ayant tous les aspects d'une adénopathie du type inflammatoire.

Souvent, une fluctuation annonce une collection sous-cutanée dont on prévoit l'ouverture spontanée par une incision.

On comprend quel obstacle sont ces infections secondaires pour le traitement local et quelle aggravation elles sont pour l'état général.

b) Enfin *complication d'ordre général*. — Ce sont des maladies infectieuses diverses, broncho-pneumonie et même la tuberculose pulmonaire. Cette dernière, à une période aussi avancée de la maladie, figure comme un simple épiphénomène. La symptomatologie est noyée dans le tableau de cachexie et de dyspnée, et ne constitue qu'une menace surajoutée pour le malade. D'apparition plus précoce, elle constitue parfois un obstacle à la bonne marche des suites opératoires.

Son évolution est des plus capricieuses et l'on doit craindre à tout moment, avant ou après intervention, l'apparition d'une poussée terminale.



## DIAGNOSTIC

---

On ne saurait trop souligner la difficulté du diagnostic de cancer du larynx chez l'enfant. Sa rareté est telle que même en présence d'une laryngite suspecte on ne pense pas toujours à l'envisager. Nous avons vu d'autre part la multiplicité de ses aspects cliniques; c'est exceptionnellement que l'on observe les signes qui permettent de poser d'emblée le diagnostic positif de néo chez un jeune :

— Les signes fonctionnels d'apparition et d'aggravation progressive : la dysphonie et la dyspnée.

— L'aspect de la tumeur : unilatérale, assez limitée, entravant déjà la mobilité de l'hémilarynx.

— Jointe à cela : l'atteinte de l'état général apportant à ce tableau la note suspecte de néoplasie.

Tous signes amenant à pratiquer la biopsie, absolument capitale, et sans laquelle, on ne saurait trop le répéter, l'examen d'un tel malade est incomplet.

Dans la plupart des cas on aura à éliminer de nombreux diagnostics différentiels.

*En cas de néo-primitif*, on écartera successivement :

— *La laryngite catarrhale* banale. Celle-ci, à début généralement brutal et fébrile, s'accompagne le plus souvent de signes rhinopharyngés; l'aspect du larynx ne trompe pas : muqueuses très rouges, lésions bilatérales et diffuses, cordes vocales rouges, épaissies et mobiles, sont autant de signes en faveur de ce diagnostic.

— *La laryngite chronique hypertrophique* avec éversion ventriculaire est d'un diagnostic plus difficile; mais ici encore, comme dans la laryngite catarrhale aiguë, la mobilité parfaite du larynx mettra sur la voie du diagnostic que la biopsie confirmera.

— *La tuberculose laryngée*, surtout lorsqu'elle se présente sous la forme d'une monocordite, peut être une cause d'erreur, mais plusieurs signes viennent rétablir le diagnostic. Ce sont :

la pâleur des muqueuses,

l'intégrité de la mobilité, la localisation postérieure des lésions.

L'examen complet enfin, clinique et radiographique qui montre la coexistence des signes pulmonaires. En dernier ressort, c'est encore et toujours à la biopsie que l'on aura recours.

*La syphilis laryngée* peut revêtir de nombreuses formes, se présenter sous de nombreux aspects. Dans la plupart des cas, la localisation antérieure et épiglottique des lésions et, à l'examen complet, la découverte des stigmates classiques de syphilis conduiront à pratiquer un Bordet-Wasserman.

Enfin, c'est encore la biopsie qui tranchera, de même que dans les diagnostics différentiels d'exception tel que : angiomes, fibromes...

Dans le cas de *cancer d'apparition secondaire*, nous avons vu toute la difficulté du diagnostic au seul examen clinique, difficulté d'autant plus grande que le cancer se greffe à bas bruit sur des lésions dont la nature bénigne est reconnue cliniquement et histologiquement. C'est donc la transformation cancéreuse qu'il faut dépister, avant même que l'infiltration néoplasique soit suffisante pour apporter des modifications décelables clini-

quement, telles que : la parésie d'un hémilarynx. C'est la biopsie seule et la biopsie systématique et répétée qui décèlera la cancérisation des papillomes ou d'une maladie de Bowen. C'est elle enfin qui permettra d'éliminer la syphilis, dont les aspects protéiformes peuvent être encore ici une cause d'erreur.

## PRONOSTIC

---

Nous avons vu, par cette courte étude et par les observations publiées ici, toute la gravité que comporte le diagnostic de cancer du larynx chez l'enfant. A la gravité du cancer par lui-même s'ajoute encore celle qui tient au jeune âge du malade. On peut dire qu'il s'agit donc d'une affection extrêmement grave dans laquelle les chances de guérison sont très réduites. Tel est le pronostic général que l'on peut émettre immédiatement en présence d'un tel cas. Cependant, nous avons vu certains cas heureux dans lesquels une intervention large et précoce, pratiquée au début de cancers d'une évolution peut-être moins rapide, pouvait amener la guérison. Il existe donc également des cas particuliers susceptibles de guérison; l'examen complet clinique et histologique peut-il amener à les reconnaître? Peut-on être amené parfois à envisager la possibilité d'un pronostic moins défavorable?

Les éléments d'un pronostic sont nombreux et très différents. Les raisons de le porter sont multiples. Pour faire le « bilan » de son malade, nous allons voir qu'il est nécessaire de passer successivement en revue les étapes de l'examen complet et nous verrons qu'il existe des facteurs de pronostic :

1° *D'ordre étiologique* : En premier lieu, la notion d'âge sera à considérer. On connaît la haute malignité et l'évolution rapide des tumeurs chez l'enfant. On sait également que cette évolution est d'autant plus grave que le malade est plus jeune. On voit donc que la notion d'âge apportera un premier élément de pronostic, élément qui n'est pas un des moins importants, car, c'est chez les très jeunes enfants surtout, qu'il n'est pas rare d'assister à des récidives foudroyantes *in situ*, même après une exérèse large. Seul facteur favorable à cet âge : la grande rareté des métastases.

Un second facteur d'ordre étiologique devra être recherché : c'est la notion de tumeur primitive ou d'apparition secondaire. Il semble que les premières soient immédiatement plus graves et plus envahissantes, et qu'elles restent moins longtemps opérables que les secondes.

2° *Facteur d'ordre clinique* : De l'aspect clinique de la tumeur, de sa localisation, on peut dégager également certains éléments de pronostic :

Un petit cancer nodulaire tel qu'on le voit à sa période début, se présentant comme une petite tumeur encore localisée, siégeant strictement sur une corde vocale inférieure, sans grosse infiltration de voisinage, laisse espérer une chance de guérison. Mais au contraire, les cancers à tendance extrinsèque, tels que ceux des arythénoïdes, se propagent beaucoup plus rapidement; ils ont tendance naturellement à une extension marginale très étendue et leur gravité est extrême.

C'est enfin par l'interrogatoire, par l'observation clinique des signes fonctionnels, parfois autant que par l'examen physique lui-même, qu'on peut se renseigner sur la rapidité d'évolution du cancer. L'aggravation rapide de la dysphonie et de la dyspnée va, en général, de pair avec un accroissement rapide de la tumeur. La dysphagie accompagne le plus souvent les cancers de l'arythénoïde. Mais tout ceci n'a rien d'absolu. Il faut un examen minutieux du malade, ne négliger aucun signe, si l'on veut tirer des conclusions d'ordre pronostic.

L'état général sera lui aussi à considérer. En dehors des indications qu'il fournit sur le degré de l'atteinte néoplasique (le tableau classique de « cachexie cancéreuse » en étant le reflet au dernier stade), c'est un facteur important qui permet de

prévoir ce que seront les suites opératoires. Il indique le degré de résistance du malade aux complications post-opératoires trop souvent à redouter, parmi lesquelles les broncho-pneumonies sont au premier rang.

3° *L'histologie* enfin montre, dans l'aspect microscopique des coupes, une grande diversité. Au point de vue pronostic, nous avons deux éléments à étudier et à opposer : l'aspect des cellules néoplasiques et le stroma.

D'après le nombre, le degré d'anarchie des cellules cancéreuses, les monstruosité cellulaires, la multiplicité de leurs divisions, on peut conclure à un degré plus ou moins grand de malignité.

Parallèlement le stroma, organe de défense, oppose par la réaction dont il est l'objet, un obstacle plus ou moins important à l'envahissement cancéreux.

Théoriquement donc, autant de signes, autant d'éléments de pronostic, mais ici surtout il faut se garder d'être absolu. L'évolution de ces cancers est des plus capricieuses, nous l'avons vu, infirmant bien des pronostics, présentant des poussées brutales, des récidives ou des guérisons contre toute attente; c'est pourquoi, même dans les cas qui semblent les moins défavorables, on devra toujours porter un pronostic très réservé.

## TRAITEMENT

---

Nous ne pouvons faire ici une étude approfondie du traitement du cancer du larynx chez le jeune. Si ces cancers présentent entre eux ce point de ressemblance qui tient à leur commune gravité, leur multiplicité clinique est grande et à ces cas souvent très différents correspondent des méthodes de traitement appropriées.

On peut, du moins, schématiser une ligne de conduite dans ce traitement et poser en principe, principe commun en cela à beaucoup de cancers, que seule une intervention large et précoce permet une chance de guérison. Tel est le principe qui se dégage des opinions actuellement existantes.

Le Professeur Van den Wildenberg écrit en effet : qu'il faut recourir aux traitements énergiques et ne pas reculer devant la laryngectomie

totale qui sera proportionnellement plus souvent indiquée chez les jeunes que chez les adultes.

Avec lui, d'autres auteurs estiment de même que la laryngectomie totale est souvent indiquée dans une affection aussi grave qui met en jeu le pronostic vital.

A ces opinions, des restrictions sont apportées; Coutard pense qu'on ne doit pas en venir à la laryngectomie totale. Le traitement chirurgical, dit-il, constitue le traitement de choix lorsque, selon toute vraisemblance, la totale peut-être évitée. Plus tard, lorsque les limites d'une intervention partielle et moins mutilante sont dépassées, il préconise le traitement radiothérapique.

Enfin, Van Iterson est d'avis que « lorsqu'on opère, il faut opérer radicalement au risque de faire du dommage ». Il pense cependant que la laryngectomie totale est trop mutilante pour un enfant. Si l'on considère à part la laryngectomie totale, si l'on songe à ses inconvénients graves, à la mutilation qu'elle entraîne et à l'avenir fonctionnel qu'elle réserve, on pourrait penser qu'elle ne constitue qu'un pis-aller. Les complications dont elle s'accompagne parfois, les broncho-pneumonies en particulier, en font au total une intervention grave. Mais si d'autre part, on compare la gravité de

l'affection qui nous occupe ici avec celle de l'intervention, si l'on considère les résultats que la totale a pu permettre d'obtenir, on doit, dans certains cas, l'envisager puisqu'ici, c'est à coup sûr le pronostic vital qui est en jeu.

Nous nous rangerons donc au point de vue le plus couramment accepté, celui dont nous avons parlé au début de ce chapitre, à savoir qu'il faut :

1° Grâce à un diagnostic précoce, être à même d'espérer un résultat satisfaisant grâce à une intervention partielle : hémilaryngectomie, thyrotomie après laryngofissure;

2° En présence d'un envahissement plus accentué, ne pas hésiter à pratiquer la laryngectomie totale, le pronostic vital étant à ce moment au premier plan;

3° En présence d'un cas « limite », ne pas hésiter à opter pour l'intervention la plus large, puisque, nous l'avons déjà dit, les risques de récurrence sont très grands;

4° Enfin, associer au besoin le traitement radiothérapique post-opératoire.

Mais ces règles générales sont souvent d'une application difficile; on doit souvent opérer en deux

temps : pratiquer d'abord une trachéotomie basse palliative en raison de la dyspnée présentée par l'enfant, remettre l'intervention curative à un second temps.

Il ne peut pas s'agir de règles fixes et les surprises opératoires obligent parfois à modifier l'intervention en cours. Il s'agit de cas d'espèce dans lesquels on n'obtient pas toujours les résultats qu'on pouvait espérer.

## CONCLUSION

---

Il convient maintenant de dégager de cette brève étude quelques considérations schématiques qui essaieront de résumer ce que l'on peut retenir de notre modeste travail.

1° Le cancer du larynx chez les jeunes est une affection très rare encore qu'une série d'observations plus récentes en montre la fréquence accrue;

2° Il constitue une affection redoutable dont la gravité et la rapidité d'évolution sont inversement proportionnelles à l'âge du malade;

3° C'est un cancer qui évolue localement et ne donne qu'exceptionnellement des métastases;

4° Il se présente sous deux aspects cliniques principaux : le cancer d'allure primitive et le cancer d'apparition secondaire.

Il s'agit dans ce dernier cas de la transformation maligne d'une affection laryngée chronique.

Dans les deux formes, son diagnostic est difficile à poser cliniquement et devra nécessairement s'appuyer sur la biopsie.

5° Les éléments sur lesquels on se base pour émettre un pronostic sont nombreux mais donnent pratiquement des indications imprécises. Le pronostic sera toujours réservé même lorsque les facteurs dont il dépend : âge, aggravation plus ou moins rapide des signes fonctionnels, siège, aspect physique et caractères histologiques de la tumeur, paraissent relativement favorables. La récurrence *in situ* est en effet, d'une fréquence extrême;

6° Le traitement chirurgical aussi précoce que possible constitue le traitement de choix. Suivant le degré d'évolution de la tumeur, laryngectomies totales ou partielles, associées ou non à la radiothérapie post-opératoire, ont donné quelques bons résultats. On doit envisager de toute façon une large intervention. Nous avons vu malheureusement que celle-ci ne met pas toujours le malade à l'abri d'une récurrence rapide.

Vu : *Le Doyen,*                      Vu : *Le Président de Thèse,*  
                    TIFFENEAU                      LAIGNEL-LAVASTINE

                    Vu et permis d'imprimer :  
                    *Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
                    G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aloin.* — Sté O.R.L., Lyon, séance du 11/1/37 in annales O.R.I., 10 oct. 1937. Epithélioma spino-cellulaire du larynx chez un jeune malade de 22 ans.
- Barwell.* — Epithélioma of the larynx in a young man. (Brit Med. Journ., 25 mai 1907).
- Benjamin.* — Le pré-cancer du larynx. (Revue de laryngologie, octobre 1928).
- Bierring.* — Carcinoma in early life; with special reference to earlier method in intra vitam diagnosis. (Journ. Amer. Méd. Assoc. Chicago, 1900, XXX, IV, 1925).
- Bloodgood.* — Prevention. Diagnosis of cancer in earliest stages. (The southern med. journ. 1926, p. 287).
- Bremond et Bonnet.* — Un cas de cancer du larynx chez une fillette de 14 ans. (Arch. Internat. de laryng. 34 : 1014-1016, sept-oct. 1929).
- Bruzzone.* — Epitelioma della laringe in un giovane di sedici anni. (Minerva med. 7: 297-300, March 20/1927).

*Butlin.* — Epithélioma du larynx chez un enfant de 3 ans. (Malignant disease of the larynx, London 1883).

*Canelli et Caligaris.* — I néoplasmi maligni nell età giovanit con particolare riguardo alla estis pathogenesi. (Pediatria 39, 15 sept. 1931).

*Canestro.* — Tumeri maligni della larynge e lore cura. Stabilimento Arti lazzari siona.

*Ferreri.* — Il cancro laryngeo nella donna. Atti clinica oto-rinelar di Roma, 1925).

*Figi et New.* — Carcinoma of larynx in young. (Tr. an. Laryng. Rhin. et Otol Soc. 35 : 3501357, 1929).

*Garel.* — Cancer du larynx chez une jeune fille de 18 ans. (Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto de rhino et de lar., 1903).

*Gayraud.* — Le cancer dans les 20 premières années de la vie. (Montpellier médical, 1911, XXXIII, 514-536).

*Harbitz et Platon.* — Statistic of cancer, cancer in early life. (Nora magos F. Laegevidensk, Cristiana, 1917, 5 R XV, 145-178).

*Hoffmann.* — The mortality from cancer throughout the world (New-York).

*Kirch.* — Carcinoma of larynx in young. Presentation of case. (Proc. Staff. Meet. Mayo. Clin. 4: 345, déc. 1929).

*Lemaître, Aubin et Veyselle.* — Dégénérescence épithéliomateuse de papillomes du larynx

chez une fillette de 8 ans. (Soc. de larygo. des Hôp. de Paris, 1930).

*Lindemann.* — Beitrag zum nftreuten car., in jugendlichen alter. (Ztschr. f. krebsforsch, Berlin, 1908-1909, VII 682-687).

*Mac Bride.* — A case of malignant disease of the larynx at an usualy early age. (The Medical chronical, févr. 1896).

*Mariage.* — Tumeurs malignes chez l'enfant. (Thèse Paris, 1895).

*Marschik.* — Larynx carcinom bei jugen dichen personen. (Monatschr. f. chrenheilk heft, 9 1900).

*Miler.* — Squamus epithelioma of the larynx in a man aged 24. Thyrotomy. excision of the larynx. (Brit. med. journ., 19 juillet 1902).

*Portmann et Philipp.* — L'épithéliena du larynx chez les jeunes. (Revue de laryng. otol. rhino, N° 1, janvier 1933).

*Philipp P.W.* — Neber Krebsbildungen in kindesalter. (Zeitschr. f. Krebsforsch., Berlin, 1907 V, 326-416).

*Rauschmann.* — Das carcinome biem menschen unte 20 jahren, (Berlin, 1910).

*Richon.* — Maladie de Down des muqueuses. (Thèse Paris, 1924).

*Rouget.* — Epithélioma du larynx chez un homme de 18 ans. (Ann. des Mal. de l'oreille, 1925, p. 190).

*Saareste.* — Cancer de la corde vocale droite chez une jeune fille de 22 ans. (Annales des mal. de l'oreille, 1930, p. 912).

*Saint-Clair Thomson.* — Complet stenosis of the larynx from epithélioma in a man aged 23. (Proc. of the royal Society of Medicine, laryngological Section 1900-1911).

— Cancer of larynx. (London V. Edition 1930).

*Tolpe.* — Epithélioma laryngee en un nino de 9 anos. (Arch. Latine americ. de pédiat., Buenos-Aires, 1920 2 s. XIV, 467).

*Van den Bosch.* — Sté Franç. O.R.L. Paris 18/21 octobre 1936, 2<sup>e</sup> partie, p. 322-335.

*Van Iterson.* — Un cas de cancer du larynx à l'âge de 13 ans. (Les Annales d'oto-laryngologie, janvier 1938, p. 21).

*J. Wiener.* — Epithelioma du larynx, phlegmon de la loge thyroïdienne et hypernéphrome chez une jeune fille de 19 ans. (Sté belge d'oto-lar., 11 février 1934 in : Annales d'oto-laryngologie, n° 4, avril 1935).

*Van den Wildenberg.* — Cancers laryngiens chez les jeunes et chez les vieillards. (Le scalpel, journ. belge des sciences méd., 19 octobre 1935).



